

弘児家発第482号  
平成20年12月19日

各 位

弘前市長 相馬 鋁一  
(公印省略)

弘前市ひとり親家庭等医療費給付事業の現物給付実施について  
(お願い)

日頃、児童福祉行政につきましては、多大なるご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、弘前市では、ひとり親家庭等の福祉の増進を図ることを目的に、ひとり親家庭等医療費給付事業を実施しております。

このたび、ひとり親家庭等への支援を一層充実するため、下記のとおり給付方法を一部変更することになりましたので、ご協力くださいますよう、よろしく願いいたします。

#### 記

1. ひとり親家庭等の児童の医療費について、現物給付もできることとする。  
※ひとり親家庭の父又は母の医療費は従前通り償還払い
2. 実施時期 平成21年4月1日受診分から
3. 事務取扱 別紙のとおり（弘前市乳幼児医療費給付事業における現物給付の取り扱いに準ずる。）
4. ご協力いただける場合は、「金融機関届出書」の提出をお願いいたします。  
ただし、弘前市乳幼児医療費給付事業と同じ口座とする場合の提出は不要です。  
※「金融機関届出書」を提出される場合は、平成21年1月7日（水）までに  
下記担当までお願いいたします。

担当 弘前市健康福祉部児童家庭課  
家庭支援係(本館1F窓口109)  
TEL 0172-35-1111 内線 335

# ひとり親家庭等医療費給付事業事務取扱

## 1. ひとり親家庭等医療費給付事業とは

ひとり親家庭等の福祉の増進を図るため、ひとり親家庭等の父又は母及び児童と父母のない児童の医療費を給付するものです。

### 【対象者】

①ひとり親家庭の父又は母及び児童

②父母のない児童

※ 児童とは…満18歳に達した日以後における最初の3月31日までの間にある者

父母のない児童とは…父母が死亡した児童、父母が監督保護しない児童(施設に入所等)

### 【給付額】

①児童…一部負担金全額給付

②父又は母…一部負担金のうち1月につき1医療機関等で千円の自己負担あり

### 【給付方法】

現物給付(医療機関において保険証と資格証を提示することで、一部負担金を支払う必要がない。) → ひとり親家庭の児童のみ対象(満18歳に達した最初の年度末まで)

償還払い(医療機関においていったん一部負担金を支払い、後で市役所に申請し、医療費相当分の給付を受ける。) → ひとり親家庭等の父母対象

### 【資格証】

有効期限 毎年8月1日から翌年の7月31日まで(別紙のとおり)

## 2. 現物給付のための医療機関登録

現物給付で診療するためには、別紙「弘前市ひとり親家庭等医療費支払金融機関届出書」の提出が必要です。ただし、弘前市乳幼児医療費給付事業と同じ口座とする場合の提出は不要です。

## 3. 医療機関での取り扱いについて

○ひとり親家庭等の児童のみ、現物給付の取り扱いとなります。(親については、今までどおり窓口で徴収してください。)

○毎月始めに該当者の保険証と資格証で、番号・有効期間等を確認してください。

○月始めに受給資格証の提示がない場合は、窓口で一部負担金を徴収してください。

○月の途中で受給資格証を提示されたときは、当月において先に窓口徴収があった場合はその分を患者に返還し、後に市児童家庭課へ一括請求するか、当月分全てを窓口徴収するかのどちらかになります。(一か月分を現物給付と償還払いとの併用はしないようにしてください。)



○請求書は毎月10～20日までの受付とし、翌月の最終金曜日に送金の予定です。

#### 4. 請求書記入上の注意

○医療機関等から市児童家庭課への請求は、一か月毎になります。

※請求書及び請求明細書の様式は、別紙のとおり

○保険診療以外のものは対象外となります。

○対象者について一か月分をまとめ、世帯番号・対象者番号・診療日数・保険診療金額・請求額を請求明細書に一括して記入し請求することになります。請求額はレセプトによる保険診療金額、但し他法優先があるときはそれを差し引いた金額(実際に患者から受け取る四捨五入する前の金額)です。

○月の途中で医療保険の種類が変わったとき・・・請求明細書の保険種別で振り分け、変更前・変更後の2段書とし、保険変更日の欄に変更年月日を記入してください。

※変更をしていない方には変更手続きのご指導をお願いします。

○請求漏れ(記入漏れ等)があるとき・・・翌月に請求してください。その際は、当月分と前月分の2通の請求書が出ることになります。


ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

〒036-8551 弘前市大字上白銀町1-1

弘前市役所 健康福祉部 児童家庭課 家庭支援係

Tel 0172-35-1111 内線335、488

様式第2号(第5条第1項関係)

弘前市ひとり親家庭等医療費受給資格証			
世帯番号			
受 給 者	住 所		
	氏 名	性別	
	生年月日	年 月 日	
	加入医療保険		
記号・番号			
保 険 者			
発行機関名	青 森 県		
	弘 前 市 長		
交付年月日	年 月 日		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

番 号	対 象 者		性 別	続 柄	資 格 発 生 年 月 日
	生 年 月 日				有 効 期 限

○ニツ折リ

○色…黄色 (H20-8-1~21-7-01)

平成 年 月 日

弘前市長 様

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者名 印

弘前市ひとり親家庭等医療費請求書

請求金額 \_\_\_\_\_ 円（忘れずに記入してください。）

弘前市ひとり親家庭等医療費給付条例第6条ただし書の規定に基づき、平成 年  
月診療に係る現物給付分 \_\_\_\_\_ ほか \_\_\_\_\_ 人分として上記のとおり請求します。

医療機関コード	
診療月	平成 年 月 診療分
件数	件
金額	円

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長としてください。

（担当及び提出先：健康福祉部児童家庭課）



弘前市ひとり親家庭等医療費請求明細書

医療機関コード						
診療年月	平成	年	月	診療分		
診療区分	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 その他		

医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

No.	世帯番号 対象者番号	対象者氏名	性別	生年月日	保険種別	入院・外来	診療日数	保険診療点数	請求金額	保険変更日	摘要
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
			男・女	平成 年 月 日		入・外	日	点	円	平成 年 月 日	
								合計	円		

備考

- 1 保険種別 1 弘前市国保 2 協会けんぽ 3 健保組合 4 共済組合 5 国保組合
- 2 請求金額は四捨五入をしないで、円の位まで記入してください。
- 3 整骨院は、点数欄に総医療費を記入し、請求金額に1円未満の端数があるときは、これを1円に切り上げてください。
- 4 この診療月内に保険が変更になった場合のみ、保険変更日を記載してください。